STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 45301
15 december 2015

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2015.060

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.060 van:
A., internist, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven,
tegen
de INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG,
in de persoon van C. en mr. D., kantoorhoudende te E., verweerster in hoger beroep, klaagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

De Inspectie voor de Gezondheidszorg – verder te noemen de Inspectie – heeft op 1 september 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen A. – hierna de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 12 januari 2015, onder nummer 14177, heeft dat College de klacht gegrond verklaard, aan de arts een berisping opgelegd en publicatie van de beslissing gelast.
De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De Inspectie heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.
De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 22 september 2015, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mr. Verberne voornoemd, en van de zijde van de Inspectie de heer C. en mr. D. voornoemd.
De zaak is over en weer bepleit waarbij partijen hun pleitnotities aan het Centraal Tuchtcollege hebben overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.
“2. ***De feiten***

Het gaat in deze zaak om het volgende:
Op 15 januari 2013 kreeg klaagster, hierna ook: de inspectie, een melding van het F. Ziekenhuis omtrent het overlijden van een patiënte (geboren in 1939). Patiënte werd op 3 december 2012 opgenomen in het ziekenhuis, locatie G. Na drie dagen werd de diagnose acute myeloïde leukemie gesteld. Verder werd aangegeven dat de prognose slecht was en dat gestart werd met intensieve chemotherapie, met een verminderde weerstand tot gevolg. Vervolgens ontstonden infectieuze problemen en koorts.
Verweerder, destijds werkzaam als internist op de locatie G., was vanaf maandag 7 januari hoofdbehandelaar van patiënte en tevens als supervisor van de (derdejaars) arts-assistent bij de behandeling betrokken. Aan het einde van die dag heeft verweerder patiënte voor het eerst gezien. Er was toen sprake van een pneumonie en een gestuwd nierbekken met een verwijde ureter. Sinds enkele dagen had ze hoge koorts en was ze tachycard.
Op 8 januari 2013 was er om 07.30 uur sprake van benauwdheid en een snelle ademhalingsfrequentie bij een saturatie van 88% waarvoor twee liter zuurstof per minuut door de verpleegkundige werd toegediend.
Tijdens de grote (papieren) visite om 11.45 uur, waarin de verpleegkundige haar zorg uitsprak over de reutelende ademhaling van de patiënte, was de werkdiagnose schimmel- dan wel gistinfectie, met stuwing/dilatatie van de rechternier op basis van een lokale infectie. Er werd besloten een CT-scan te maken. Om 12.45 uur kwam patiënte van de CT-scan terug. Verweerder en de arts-assistent besloten in overleg met urologie tot: “fluid challenge, cystoscopie, ic erbij”. De arts-assistent noteerde in het dossier: “T 39.4 (…) RR: 87/54 mmHg, S91, P 137.” Naar aanleiding van de cystoscopie luidde het advies van de uroloog om een nefrostomiekatheter te plaatsen. Verder verzocht verweerder de arts-assistent contact op te nemen met de intensivist van de IC. Hij bedoelde daarmee de naastgelegen afdeling van dezelfde locatie van het ziekenhuis, die sedert enige tijd ook High Care (HC) werd genoemd, omdat er -in tegenstelling tot de IC op de andere locatie van het ziekenhuis (locatie H.)- niet alle bij een IC horende faciliteiten aanwezig waren. (Ter voorkoming van verwarring zal het college deze afdeling verder als HC aanduiden). De arts-assistent begreep dat verweerder de IC van de locatie H. van het ziekenhuis bedoelde maar belde om 13.32 uur naar de anesthesioloog van de HC, met de bedoeling hem te consulteren over de overplaatsing naar de IC (locatie H.). De arts-assistent kon hem niet telefonisch bereiken omdat hij bezig was met een fluxus post partum. Eerst om 14.26 uur kreeg zij telefonisch contact met hem. De anesthesioloog schatte in dat overplaatsing naar de IC van de locatie H. nodig was en advi-

seerde daartoe. Om 14.40 uur belde de arts-assistent om verweerder op de hoogte te stellen. Om 14.42 uur belde verweerder met de anesthesioloog van de HC. Ze spraken af dat patiënte, in afwachting van het transport naar de IC, naar de HC zou worden gebracht, volgens verweerder voor het inbrengen van een nefrostomiekatheter. Om 14.52 uur belde verweerder, na zijn gesprek met de anesthesioloog van de HC, de arts-assistent met de mededeling dat patiënte naar de IC kon, waarmee hij (weer) de locatie G. bedoelde. De arts-assistent begreep dit (weer) als een opname op de IC op de andere locatie, die zij inmiddels met deze IC had geregeld. Om 14.52 uur belde de intensivist van de IC de anesthesioloog (van de HC) dat patiënte kon komen en dat de nefrostomiekatheter ook daar kon worden geplaatst. Rond 15.15 uur arriveerde de anesthesioloog van de HC bij patiënte en oordeelde dat het verantwoord was om haar te vervoeren naar de IC. Hij vroeg de verpleegkundige om een A1-transport. Vanwege een misverstand arriveerde de ambulance om 16.02 uur. Om 16.03 uur werd patiënte gereanimeerd, om 16.15 uur werd zij overgebracht naar de HC, waar zij korte tijd later is overleden.

3. ***Het standpunt van klaagster en de klacht***

De inspectie vat haar klacht in haar pleitnota als volgt samen:

a. verweerder heeft de diagnose sepsis gemist, althans te laat onderkend;
b. verweerder heeft het hoofdbehandelaarschap en zijn rol van supervisor niet goed ingevuld, waardoor hij geen verantwoorde zorg heeft geleverd.

4. ***Het standpunt van verweerder***

Ad a.

Vanaf het moment dat sprake was van twee kritieke waardes als omschreven in het veiligheidsprogramma "Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt" (VMS) en dat was op 8 december rond 12.45 uur toen een hypotensie werd vastgesteld, heeft verweerder besloten de intensivist/anesthesioloog te vragen mede te beoordelen. Dat is ook om 12.45 uur zo met de arts-assistent besproken, getuige de door haar geplaatste aantekening: "IC erbij". De gevoerde diagnostiek was, ook bij deze bedreigde patiënte met een verdenking op een invasieve gist- of schimmelinfectie, van het grootste belang. Daarom hechtte verweerder groot belang aan een cystoscopie. Ook drainage van de gestuwde nier was een belangrijk argument om de urinewegen te onderzoeken c.q. te draineren.

Ad b.

Nadat verweerder om 12.45 uur overleg met de arts-assistent had gehad, kreeg hij pas om 14.40 uur een update over de gang van zaken. Hij kreeg toen van de arts-assistent te horen dat zij de patiënte niet overgeplaatst kreeg naar de IC. Hij heeft toen onmiddellijk gebeld met de anesthesioloog van de IC van de locatie G. (door het college aangeduid als HC) die onmiddellijk akkoord was. Dit heeft hij zo doorgegeven aan de arts-assistent. Daaruit blijkt dat hij de regie wel degelijk heeft overgenomen. Hij had niet meer kunnen doen dan de arts-assistent al gedaan had. Sinds jaar en dag is het op die locatie gebruikelijk dat instabiele patiënten eerst naar de IC aldaar gaan, daar worden gestabiliseerd en als een langere opname dan 48 uur nodig is, worden overgeplaatst naar de IC van de andere locatie. De HC op de locatie G. werd en wordt nog steeds IC genoemd. Verweerder heeft duidelijke afspraken gemaakt zowel met de anesthesioloog als met de arts-assistent en heeft een andere discipline ingeschakeld toen dat nodig was.

5. ***De overwegingen van het college***

Ad a.

Er was op 8 januari 2013 al de hele dag sprake van een progressieve zuurstofbehoefte. Dat betekent dat de situatie van patiënte die dag niet stabiel kan worden genoemd. Het gaat bij de beoordeling van de stabiliteit van de patiënte immers niet alleen om de vraag naar de hemodynamische stabiliteit. Het gaat ook om de respiratoire component en die was bij deze die dag steeds slechter wordende patiënte de hele dag al slecht. Het was bij deze patiënte niet de vraag of maar wanneer zij een septische shock zou krijgen. Daarop had geanticipeerd kunnen en ook moeten worden door eerder op die dag te besluiten tot een opname op de IC (van de locatie H.). De verdere door verweerder noodzakelijk geachte diagnostiek had, na noodzakelijke stabilisatie van de patiënte op de IC, ook op de IC (H.) kunnen plaatsvinden.

In zoverre is dit onderdeel van de klacht gegrond.

Ad b.

Het Centraal Tuchtcollege heeft over de vraag wat de taken van een hoofdbehandelaar zijn in eerdere uitspraken het volgende overwogen.

Als uitgangspunt dient te worden genomen dat de hoofdbehandelaar, naast de zorg die hij als zorgverlener ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast is met de regie van de behandeling van de patiënt. De regie houdt in algemene zin in dat de hoofdbehandelaar:

1. *ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;*
2. *voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.*

Meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:
a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden schept waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd;
b) de betrokken zorgverleners in staat stelt een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;
c) in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert is op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten laat informeren door de specialisten van de andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;
d) toetst of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;
e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
f) als hoofdbehandelaar de patiënt en zijn naaste betrekkingen voldoende op de hoogte houdt van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.
Het college is van oordeel dat verweerder in zijn verplichtingen als hoofdbehandelaar verwijtbaar is tekortgeschoten. Daartoe overweegt het college als volgt.
Toen op 8 december 2013 rond 12.45 uur duidelijk was, ook voor verweerder, dat de patiënte instabiel was had verweerder haar in ieder geval moeten zien. Dat hij dit gedaan heeft, staat niet in het dossier (voor de inhoud waarvan verweerder als hoofdbehandelaar verantwoordelijk is) en wordt ook niet in het rapport van de calamiteitencommissie noch in de verklaringen die ten overstaan van de inspectie zijn afgelegd, vermeld. Daarom gaat het college ervan uit dat verweerder patiënte toen niet heeft gezien hetgeen hij in de gegeven situatie als hoofdbehandelaar wel had moeten doen. Het had verder op de weg van verweerder als hoofdbehandelaar gelegen om, in ieder geval vanaf 12.45 uur (bij voorkeur zelf) een opname op de IC dan wel het door hem voorgestane consult met een intensivist te regelen, althans als hoofdbehandelaar/supervisor aan de arts-assistent duidelijk te maken dat er grote spoed was geboden, haar concreet aan te geven welke actie zij tot welk doel diende te nemen en de verdere voortgang van de acties strikt te bewaken.
De door de arts-assistent gemaakte aantekening over de aan haar gegeven instructie maakt onvoldoende duidelijk wat de instructie van verweerder inhield. De noodzakelijke spoed is niet in het dossier te lezen en ook uit het handelen van de arts-assistent is niet duidelijk geworden dat verweerder haar van voldoende besef van de spoedeisendheid van de te nemen actie had doordrongen. Verder bleek uit de instructie niet, wat met IC werd bedoeld. Niet was duidelijk wat de bedoeling van de interventie was. Verweerder heeft ter zitting betoogd dat hij de intensivist in consult wilde roepen, en dat het niet zijn bedoeling was om patiënte over te brengen naar de IC, terwijl de arts-assistent meende dat zij advies moest vragen aan een intensivist van de HC om toestemming te krijgen voor transport naar de IC van de andere locatie. In dit verband merkt het college op dat het opvallend is dat verweerder niet wist dat wat voor hem een IC was, inmiddels als een HC werd aangeduid en dat hij ook niet wist dat de geraadpleegde anesthesioloog op de HC geen intensivist was.
Ten slotte overweegt het college dat verweerder het effect van de door hem beoogde interventies had moeten beoordelen en controleren. Nu heeft het, ten onrechte, van 12.45 uur tot 14.40 uur (een in de gegeven omstandigheden onaanvaardbaar delay) geduurd totdat -op initiatief van de arts-assistent- verweerder op de hoogte kwam dat het niet ging zoals het had behoren te gaan. Ook daarna heeft het nog te lang geduurd, voordat effectieve actie plaatsvond, hetgeen, in ieder geval deels, voor rekening van verweerder als hoofdbehandelaar komt.
Ook dit onderdeel van de klacht is gegrond.
De maatregel.
Er is sprake geweest van een reeks van handelingen die de onderhavige calamiteit hebben veroorzaakt. Verweerder is verwijtbaar tekortgeschoten bij het vaststellen van een sepsis, vooral door de patiënte niet zelf te gaan zien toen dat (rond 12.45 uur op 8 [het Centraal Tuchtcollege leest:] januari) noodzakelijk was, waardoor hij de ernst van het probleem onvoldoende heeft ingeschat. Verweerder was als hoofdbehandelaar de spil van de behandeling, althans hij had dat moeten zijn. Hij staat door een onduidelijke en te vage instructie aan de arts-assistent aan de basis van de vervolgens ontstane onwetendheid over het spoedeisende karakter van de te ondernemen actie en de ontstane misverstanden en verwarring. Voorts had hij een onvoldoende proactieve houding ten aanzien van het verdere verloop, waardoor de verwarring zich kon uitbreiden. Verweerder is op cruciale punten als (hoofd)behandelaar verwijtbaar tekortgeschoten. Het college zal hem daarom een berisping opleggen.
Het college zal, zoals verzocht, bepalen dat deze beslissing, zodra zij onherroepelijk zal zijn, zal

worden gepubliceerd in de Nederlandse Staatscourant en ter publicatie zal worden aangeboden aan Medisch Contact."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder "2. De feiten" zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 De arts is onder aanvoering van diverse beroepsgronden in beroep gekomen van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege waarbij de klacht van de Inspectie in zijn geheel gegrond is verklaard en aan de arts een berisping is opgelegd. Het beroep strekt ertoe dat de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard, althans dat bij gegrond verklaring aan de arts een lagere maatregel wordt opgelegd.

4.2 De Inspectie heeft in hoger beroep verweer gevoerd. Zij concludeert tot verwerping van het beroep van de arts en tot bevestiging van de bestreden beslissing.

4.3 Met het eerste klachtonderdeel, dat de arts de diagnose sepsis heeft gemist, althans te laat heeft onderkend, verwijt de Inspectie de arts in de kern dat hij op 8 januari 2013 om 12.45 uur voor nadere diagnostiek heeft gekozen (in de vorm van een cystoscopie) in plaats van voorrang te geven aan stabilisatie. Het Centraal Tuchtcollege overweegt hieromtrent als volgt.

4.4 De toestand van patiënte was al gedurende enkele dagen voorafgaand aan 8 januari 2013 matig, met hoge koorts en tachycardie, ondanks behandeling met (zeer) breedspectrum antibiotica. Om 11.45 uur heeft de arts patiënte die dag gezien en is besloten een spoed CT-scan te maken naar aanleiding van bevindingen bij echografisch onderzoek één dag eerder. Om 12.45 uur was de uitslag van de CT-scan beschikbaar. Bij patiënte was op dat moment, naast genoemde hoge koorts en tachycardie, ook sprake van een bloeddrukdaling. In de uitslag van de CT-scan zag de arts aanleiding de blaas nader te onderzoeken door middel van een cystoscopie. Ter zitting in hoger beroep heeft de arts verklaard dat de uroloog direct beschikbaar was en dat de cystoscopie daarom niet langer dan 10 à 15 minuten in beslag zou nemen en voorts dat de uitkomst van de cystoscopie door hem bepalend werd geacht voor de keuze van de verder in te zetten behandeling.

Om 12.45 uur is daarnaast besloten tot het toedienen van een fluid challenge en heeft de arts (getuige de door de arts-assistent in het dossier gemaakte notitie "IC erbij") aangegeven dat de intensivist opgeroepen moest worden om met name te beoordelen of er reden was patiënte naar de IC over te plaatsen. Daarbij was ook voor de arts-assistent duidelijk dat de arts hiermee bedoelde dat een intensivist of anesthesioloog van de locatie G. patiënte diende te beoordelen.

4.5 Gelet op de toestand van patiënte, de snelheid waarmee de cystoscopie kon worden (en ook is) uitgevoerd in combinatie met het toedienen van een fluid challenge en het oproepen van de intensivist beoordeelt het Centraal Tuchtcollege de aldus door de arts gemaakte keuze om (snel) nader diagnostisch onderzoek uit te voeren teneinde het vervolgbeleid op de uitkomst daarvan te kunnen afstemmen als goed verdedigbaar. Het eerste klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

4.6 Voor wat betreft het tweede klachtonderdeel is het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat de arts in zijn verplichtingen als hoofdbehandelaar verwijtbaar is tekortgeschoten. Het Regionaal Tuchtcollege verwijst daarbij naar de eisen die in algemene zin aan de door de hoofdbehandelaar te voeren regie bij de behandeling van een patiënt kunnen worden gesteld. Het Centraal Tuchtcollege overweegt dienaangaande als volgt.

4.7 Naast het feit dat de arts als hoofdbehandelaar belast was met de regie van de behandeling van patiënte speelde ook de verhouding van de arts als supervisor ten opzichte van de arts-assistent een rol. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanwijzingen dat de arts in het onderhavige geval in een van beide rollen niet adequaat heeft gehandeld. Zo heeft de arts, nadat hij patiënte om 11.45 uur had gezien, een uur later, om 12.45 uur, naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege kunnen volstaan met het op afstand beoordelen van de toestand van patiënte en het bepalen van het hiervoor onder 4.4 omschreven vervolgbeleid. De toestand van patiënte was om 12.45 uur onverminderd matig. Het enkele feit dat de bloeddruk ten opzichte van 11.45 uur was gedaald hoefde voor de arts geen aanleiding te vormen patiënte op dat moment nogmaals zelf te gaan zien. Hij mocht op dat moment vertrouwen op de bevindingen van de arts-assistent.

Toen de arts (eerst) om 14.40 uur te horen kreeg dat patiënte nog niet was gezien door een intensivist heeft hij onmiddellijk telefonisch contact opgenomen met de anesthesioloog teneinde dit te regelen. Het Regionaal Tuchtcollege heeft geoordeeld dat het aldus ontstane delay in ieder geval deels voor rekening van de arts komt. Het Centraal Tuchtcollege volgt dat oordeel niet en overweegt hieromtrent als volgt.

4.8 Bij de beoordeling van de vraag welke handelingen in welke fase van de opleiding kunnen worden overgelaten aan een arts-assistent om verricht te worden onder het toeziend oog van de

opleider, dan wel aan hem overgedragen kunnen worden, waarbij de opleider als achterwacht op afroep beschikbaar is, moet een doorslaggevende rol worden toegekend aan de inschatting die de opleider mag hebben van de ervaring en vaardigheid van de arts-assistent in kwestie. Een en ander heeft tot gevolg dat bij aanvang van de opleiding een aanzienlijk deel van de verantwoordelijkheid voor het handelen van de arts-assistent op de schouders van de opleider c.q. de supervisor drukt, terwijl naarmate er meer aan de arts-assistent kan worden toevertrouwd gaandeweg de verantwoordelijkheid wordt gedeeld tussen opleider/supervisor en arts-assistent, terwijl aan het eind van de opleiding deze verantwoordelijkheid vrijwel geheel op de schouders van de arts-assistent is komen te rusten.
In het onderhavige geval heeft de arts om 12.45 uur aan de arts-assistent (onder meer) aangegeven dat de intensivist moest worden opgeroepen ("IC erbij") om patiënte te beoordelen. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat het oproepen van een intensivist om mede te beoordelen of een patiënt overgeplaatst moet worden naar een IC een handeling betreft die in het algemeen kan worden overgelaten aan een arts-assistent die twee jaar en drie maanden in opleiding is. Daarnaast geldt dat aan het Centraal Tuchtcollege geen redenen bekend zijn geworden die aanleiding geven te vermoeden dat dat in dit specifieke geval, met deze specifieke arts-assistent, anders zou zijn. Voorts heeft de arts ter zitting verklaard dat in zijn ervaring de dienstdoende intensivisten, wanneer die worden opgeroepen om een patiënt te beoordelen, in de regel direct naar de patiënt komen, en dat daarbij geen rol speelt van wie het verzoek tot beoordeling afkomstig is, van een opleider/supervisor of van een arts-assistent.

4.9 De hiervoor geschetste context maakt dat de arts er, nadat hij om 12.45 uur het vervolgbeleid aan de arts-assistent had doorgeven, naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege op mocht vertrouwen dat dit vervolgbeleid zou worden uitgevoerd als afgesproken.

4.10 Uit het voorgaande komt naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet naar voren dat er sprake is geweest van enig verwijtbaar tekortschieten in het voeren van de regie door de arts. Vanaf 12.45 uur is er helaas het nodige misgegaan in de organisatie rondom de overplaatsing van patiënte naar de IC. De arts maakt onderdeel uit van het team dat zich met deze overplaatsing heeft bezig gehouden. Aan het tuchtrecht ligt echter het beginsel van persoonlijke verwijtbaarheid ten grondslag. In de gebeurtenissen en misverstanden rondom de overplaatsing van patiënte acht het Centraal Tuchtcollege met betrekking tot de rol van de arts geen elementen aanwezig die tuchtrechtelijk zo zwaar moeten wegen dat de arts daarvan een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

4.11 De conclusie van dit alles is dat het beroep van de arts slaagt. De klacht dient als ongegrond te worden afgewezen.

4.12 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;
en, opnieuw rechtdoende:
verklaart de klacht ongegrond;
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact] met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. T.L. de Vries, voorzitter, Prof. mr. J. Legemaate en mr. P.J. Wurzer, leden juristen en Prof. dr. J.B.L. Hoekstra en dr. R. Heijligenberg, leden beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 24 november 2015.

Voorzitter

Secretaris